

# Intravénás szerhasználók kockázati magatartása és az azt befolyásoló strukturális tényezők a 2010-2015 közötti időszakban

Doktori tézisek

**Csák Róbert**

Semmelweis Egyetem  
Patológiai tudományok Doktori Iskola



Témavezető: Dr. Rácz József, az MTA doktora, egyetemi tanár

Hivatalos bírálók: Dr. Pikó Bettina, az MTA doktora, egyetemi tanár  
Dr. Prazsák Gergő, PhD, tudományos munkatárs

Szigorlati bizottság elnöke:  
Dr. Tringer László, CSc, professor emeritus

Szigorlati bizottság tagjai:  
Dr. Szántó Zsuzsa, PhD, egyetemi docens  
Dr. Elekes Zsuzsanna, az MTA doktora, egyetemi tanár

Budapest  
2017

## 1. Bevezetés

Az intravénás szerhasználat az egyik legkevésbé kutatott terület a magyarországi drogkutatásokon belül, az ellátórendszer hatásossága (az intravénás szerhasználó populáció kockázati magatartásainak, illetve a vér útján terjedő betegségek prevalenciájának csökkenését tekintve) pedig tudományos vizsgálatokkal még kevésbé feltárt témakör.

A hazai intravénás szerhasználói színtér jelentős átalakuláson ment át az utóbbi években. Az új pszichoaktív szerek (UPSZ) 2010-es megjelenése előtt döntően két szert injektáltak az intravénás szerhasználók, amfetamint illetve heroint. Az UPSZ injektálása egyre nagyobb arányban szorította ki a két korábban jellemző szert, elsőként a heroin használók aránya csökkent, majd az amfetamint is kiszorították az új szerek: 2015-ben mindössze 13% injektálta ezt a két szert, míg 2009-ben ugyanez az arány 95% volt. Ugyanebben az időszakban jelentősen növekedtek az intravénás szerhasználat egészségügyi kockázatai. A Országos Epidemiológiai Központ 2006 óta végez azonos módszertannal felmérést a HIV és a HCV fertőzések prevalenciájáról az intravénás szerhasználók körében. Az OEK vizsgálatok eredményei azt mutatták, hogy 2011 és 2014 között duplájára emelkedett a HCV fertőzöttek aránya az intravénás szerhasználók körében: a 2014-es eredmények alapján a HCV országos prevalenciája 48,8% (2011: 24,1%) volt, a fővárosban ugyanez az arány jóval magasabb 60,8% (2011: 34,2%) volt.

Az értekezés fókuszában ezen változások elemzése, a változások háttérében álló, kockázatokra ható tényezők összefüggéseinek feltárása áll. A disszertációban elsősorban a közegészségügyi ártalmakra koncentrálna kockázatként az intravénás szerhasználathoz kapcsolódó egészségügyi kockázatokat tekintem. Ezek közül kiemelkedik a vér útján terjedő betegségekkel (HIV, HCV) való megfertőződés, így itt kockázati magatartás alatt olyan cselekedeteket értek, amelyek növelik a HIV-vel illetve HCV-vel való megfertőződés esélyét. A kockázati magatartáshoz kapcsolódó

magyarázatok két nagy paradigmába sorolhatóak. Az egyik az egyént tekinti a vizsgálat egységeként, és a kockázati magatartást olyan cselekedetnek tartja, ami az egyén ismereteinek, döntéseinek eredőjeként jön létre, a paradigmába tartozó vizsgálatok a kockázatok egyéni meghatározóit próbálták felmérni arra koncentrálva, hogy az egyén ismeretei és percepciója a kockázatokról hogyan hat a kockázatok elkerülésének szándékára. A másik magyarázatban a kockázati magatartást úgy tekintik, mint ami az egyes egyének cselekedetei, a körülöttük lévő közösség és a társadalmi környezet közötti kölcsönhatásként jön létre. Ez utóbbi, társadalmi meghatározottságra és a kockázati magatartás kontextuális beágyazottságára koncentráló megközelítés kiemelkedő elméleti kerete Rhodes kockázati környezet koncepciója. Rhodes ebben úgy határozta meg a kockázati környezetet, mint olyan társas vagy fizikai tér, ahol a különböző tényezők kölcsönhatása növeli a szerhasználatból eredő ártalmak előfordulásának esélyét. A kockázati környezeten belül négy alapvető környezet típust határoz meg, a fizikai, társas/társadalmi, gazdasági és politikai/szabályozási környezetet illetve két szintjét a környezeti befolyásnak, a mikro és a makro szintet. Az értekezésben a kockázati magatartást befolyásoló strukturális tényezőket a kockázati környezet szakirodalmi meghatározásai alapján operacionalizáltam, és írtam le a 2010-2015 közötti hazai viszonyokra vonatkoztatva.

## **2. Célkitűzés**

Az értekezésben célom megválaszolni, hogy a 2010-2015 között az intravénás szerhasználó populációban miért duplázódott meg a HCV prevalencia, másképp fogalmazva miért növekedett a kockázati magatartások előfordulása, azaz a szerhasználathoz kapcsolódó egészségügyi kockázatok mértéke ebben az időszakban. Ehhez példaként a 8. kerületi intravénás szerhasználói színteret használok, amelyben több vizsgálatot is készítettem ebben az időszakban. A disszertációmban ezen tapasztalatok szintetizálására törekszem úgy, hogy az eredmény általánosítható, a kockázati magatartások csökkentését célzó

beavatkozások tervezésénél releváns tanulságokkal tudjon szolgálni. A vizsgálat során a következő hipotéziseket szeretném igazolni:

- Az új szerek megjelenése szerváltással járt, azaz a korábban már injektáló szerhasználók korábban használt szerükről valamilyen UPSZ-re váltottak.
- A vizsgált időszakban az intravénás szerhasználókra jellemző használt szerek köre megváltozott, az UPSZ használat vált dominánssá az intravénás szerhasználók körében.
- Az új szerek injektálása és a HCV prevalencia között összefüggés van.
- A vizsgált időszakban az intravénás szerhasználat körülményeit befolyásoló strukturális tényezők olyan irányba változtak, ami növelte a kockázati magatartások előfordulásának esélyét.

Annak pontosabb megértése, hogy a strukturális tényezők a szerhasználatához kapcsolódó ártalmak létrejöttében milyen szerepet játszanak, az elmúlt évek szakirodalmában visszatérő, hangsúlyos problémakör, ugyanakkor a fertőző betegségek terjedése és az intravénás szerhasználat közötti kapcsolat miatt ez fontos közegészségügyi kérdés is. Ezen tényezők hatását jeleníti meg a kockázati környezet keretrendszere, amely megjelent már magyarországi szerhasználattal kapcsolatos publikációkban is, mint az eredmények interpretálásában alkalmazott elmélet. Jelen vizsgálat újszerűsége, hogy disszertációmban arra teszek kísérletet, hogy a kockázati környezet eddigi felhasználásán túllépve, a keretrendszer egyes elemeit definiálva leírom és jellemezzem a szerhasználatra ható strukturális tényezőket, és – a rendelkezésre álló adatok függvényében – rendszerszerűen, a maga teljességében jelenítem meg magát a kockázati környezetet, azaz a kockázati magatartásokra ható strukturális tényezők rendszerét. Célom, hogy a vizsgálat eredményeképp le tudjuk írni, hogy pontosan milyen jellemzői vannak az egyes, Rhodes által meghatározott környezettípusoknak, és milyen változások következtek be a kockázati környezetben 2010-2015 között.

A kockázati környezet alkalmazásában újszerű emellett, hogy a szerhasználat jelenségének értelmezésében a hazai társadalomtudományi diskurzusban eddig nem használt poszt-strukturalista elméleti megközelítésen alapul.

### **3. Módszerek**

Az intravénás szerhasználattal foglalkozó kutatások jellemzően azokat a programokat használják a populáció eléréséhez, amelyek aktív intravénás szerhasználókat célozzák (mobil és fix telephelyű tűcsere programok, utcai megkereső munkát végző programok), a disszertációmban használt vizsgálatok is ezt a megközelítést alkalmazták. Négy vizsgálatot használtam fel az értekezésben, a következőkben az értekezésben használt rövidített elnevezések szerint hivatkozom ezekre.

#### *3.1. Tűcsere\_adatelemzés*

A tűcsere program klienseiről illetve a szolgáltatás forgalmi jellemzőiről a program működése során készített adatbázisok felhasználásával készítettem elemzéseket. Ez két adatbázist jelent, a regisztrációs adatbázist illetve a napi forgalmi adatokat tartalmazó adatbázist. A vizsgálathoz az adatbázisok tisztítását, illetve az adatelemzést végeztem el.

A regisztrációs adatbázisban szereplő kliensek száma a zárás napján, 2014 augusztus 26-án 3687 volt. A nemek arányát tekintve a regisztrált kliensek körében a férfiak voltak többségben, 2010-ig nagyjából a regisztráltak háromnegyede volt férfi, 2011 után pedig valamivel kevesebb, mint kétharmaduk. Az új regisztráltak átlagéletkora 28,9 év volt, a legfiatalabb regisztrált életkora 13 év, a legidősebbé 67 év volt, az egyes évek összevetésében a 40 éves vagy annál idősebb korosztály aránya folyamatos emelkedést mutatott (khi-négyzet=167,440, p=0,000). 2014-ben összesen 1529 kliens kereste fel a tűcsere programot legalább egyszer, demográfiai eloszlásukról tudható, hogy döntő részben férfiak (30% volt a nők aránya),

átlagéletkoruk 32,56 év volt. 2014-ben az aktív kliensek körében 78% volt a 8. kerületiek aránya, míg a napi forgalomban még magasabb, 85% volt az arányuk.

### *3.2. Mefedron\_interjúk*

A vizsgálat során összesen 17, félig strukturált interjút készítettünk a Kék Pont Alapítvány tűcsere programját látogató kliensekkel. A kiválasztás tekinthető privilegizált hozzáférésen alapuló elérésnek: a program munkatársai készítették az interjút az általuk már is mertszemélyekkel. A félig strukturált interjú kérdései három nagyobb témakört öleltek fel, az intravénás mefedronhasználat kezdetét, az aktuális használatot, illetve a használat következményeit. Az interjút 2010 december és 2011 február között rögzítettük, a vizsgálatba kerülés kritériuma az elmúlt 30 nap során legalább egyszeri mefedron injektlás volt. A vizsgálatban részt vettem az adatfelvételben, majd az interjúk elemzésében illetve az eredmények alapján készült publikációk megírásában is közreműködtem.

A mintába 8 férfi és 9 nő került be, az életkorral kapcsolatban elmondható, hogy a többség (12 fő) a 20 és 34 közötti korosztályból került ki. A szűrőkérdőívben a foglalkoztatásra vonatkozó kérdésnél 13-an munkanélkülinek vallották magukat, két személy nyilatkozta, hogy van munkája (teljes, vagy részmunkaidőben), iskolai végzettség tekintetében négy megkérdezettnek volt befejezett középiskolai végzettsége, a többiek ennél alacsonyabb végzettséggel rendelkeztek. Az amfetamint az interjúalanyok közül mindenki használta már életében, közülük 14-en injektlálták is, a heroint 10-en próbálták valaha, és közülük 6-an injektlálták is. A mefedront egy személy kivételével mindenki 2010-ben próbálta ki.

### *3.3. MDPV\_kérdőív*

Az adatfelvétel a Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Drogambulancia Alapítvány tűcsere programjában történt, Budapest 8. kerületében, 2011.

szeptember 13. és 2011 október 15. között. Az adatfelvétel saját szerkesztésű kérdőívvel történt, amelyben az elmúlt 30 napban injektált szerre, az elsőként rendszeresen injektált szerre, valamint az intravénás szerhasználat kezdetének időpontjára kérdeztünk rá. A vizsgálatban szereplő kérdőívet én készítettem, a tűcsere programban dolgozók adatfelvételre való felkészítését is én végeztem, és részt vettem az adatfelvételben is. Az adatbevitelt valamint az adatok elemzését is én végeztem el. Az eredmények alapján készült publikációt közösen írtuk szerzőtársaimmal.

A válaszadókat az adott évben megjelent kliensekkel ( $n=1774$ ) összevetve azt találtunk, hogy a minta nem, kor és lakóhely tekintetében nem tér el szignifikánsan a 2011-ben a tűcsere programban megjelent kliensek jellemzőitől. A mintában a férfiak aránya 71,2%, az aktív kliensek körében ugyanez az arány 70,2% (khi-négyzet=0,068,  $p=0,435$ ); az életkort tekintve a mintában az átlagéletkor 30,9 év, a standard szórás=8,8, míg az aktív kliensek körében az átlagéletkor 30,2 év a standard szórás=8,1 (khi-négyzet=2,884,  $p=0,718$ ). A lakóhely tekintetében kerület ismert, a válaszadók döntő része, közel kétharmada a 8. kerületből érkezett, ami nem tért el szignifikánsan az aktív kliensekre jellemző lakóhelytől (khi-négyzet=5,468,  $p=0,243$ ).

### *3.4. Tanácsadás adatelemzés*

Az elemzésben felhasznált kérdőíveket 2015 június-november között intravénás szerhasználók illetve szexmunkások körében elvégzett HIV, szifilisz és HCV gyorsesztekhez kapcsolódóan a tanácsadást és szűrést végző munkatársak vették fel. A Kék Pont Alapítvány tűcsere programja az adatfelvétel idején már nem működött, az adatfelvételben részt vevő ártalomcsökkentő szolgáltatások voltak azok, amelyeket a megszünt tűcsere program kliensei a legkönnyebben el tudtak érni. Az elemzésben használt, a gyorseszteszt és tanácsadás beavatkozás során használt kérdőívet én készítettem, az intravénás szerhasználat kockázati magatartásaira vonatkozó részhez felhasználtam az EMCDDA Evaluation

Instruments Bank adatbázisban megtalálható „Injecting Risk Questionnaire-t”. Részt vettem az adatfelvételben, valamint én végeztem el az adatrögzítést, adattisztítást illetve az adatelemzést.

A mintában összesen 201 szűrés és kérdőív eredménye szerepel, a dolgozatomban csak az intravénás szerhasználókra vonatkozó budapesti eredményeket használok fel. A minta körülbelül fele (47,8%) Budapesten készült, közel negyede (24,4%) Miskolcon, 13%-a Pécsen, és 15%-a Szegeden. A mintába bekerültek kétharmada (67,7%) férfi és egyharmada (32,3%) nő, a résztvevők átlagéletkora 31,9 év volt. A legmagasabb iskolai végzettséget tekintve a többség, 41,3% 8 általános vagy annál alacsonyabb végzettséggel rendelkezett. A résztvevő intravénás szerhasználók döntő többsége (77,1%) valamilyen új pszichoaktív szert injektált.

## **4. Eredmények**

### *4.1. Szerváltás az intravénás szerhasználók körében*

A szerváltás jelenségét három vizsgálattal próbáltuk feltérképezni. A vizsgálatokat időrendben mutatom be az UPSZ jelenség kibontakozását követve. A szerváltás kapcsán végzett kvalitatív vizsgálatban (mefedron\_intervjúk), azt találtuk, hogy jellemzően nem kellett új beszerzési forrást keresniük a megkérdezetteknek: a 17 interjúalanyból mindössze ketten jelezték, hogy a mefedron miatt dílt váltottak. Az új szer beszerzése az intervjú alapján tehát nem igényelt különösebb utánajárást, könnyen hozzáférhető volt. A fogyasztás körülményei az előzetes feltételek alakulásától is függenek a beszámolók alapján, azaz attól, hogy milyen a társaság, hogy sikerült összeszedni a pénzt a szerre, hogyan és hol lehetett hozzájutni. Ezen túl fontos volt a szerváltás narratívájában, hogy egy nagyon jó élményt adott a szer. A mefedronra való áttérés konkrét körülményeivel kapcsolatban azt találtuk, hogy a szerváltás maga (a mefedron első használata) társaságban, az injekciós szerhasználati közösségben történt. A helyi szintére az intervjú alapján egy erős közösségi



szerhasználat jellemző: a 17 megkérdezett közül mindössze 2 interjúalany volt, aki esetenként használt mepredront egyedül is. A mepredron használat kapcsán mind a kockázati narratíva (a mepredronhoz kapcsolódó negatív hatások, problémák), mind az élvezeti narratíva (mepredronhoz kapcsolódó pozitív hatások) egy injektló közösség kontextusában jelentek meg.

A mepredron pszichotróp anyagok listájára<sup>1</sup> kerülése (2011. január 1.) után újbóli szerváltás történt, az MDPV használata terjedt el. 2011 végén egy rövid kérdőíves vizsgálatot készítettünk (MDPV\_kérdőív) amelyben az első rendszeresen injektlált szerhez képest jelentős változást találtunk. MDPV-re váltott a korábbi amfetamin használók és a korábbi opiát használók közel fele (45,1% az amfetamin használók illetve 41,7% az opiát használók esetében), az egyéb szereket (kokain, mepredron) használóknak pedig 78,6%-a. A szerváltókat és az elsődlegesen injektlált szerüket megtartókat összevetve azt találtuk, hogy szerváltók inkább férfiak (khi-négyzet=5,435;  $p=0,02$ ) és hosszabb intravénás szerhasználói múlttal rendelkezők: az 5 évnél régebb óta injektlálók 66,1%-a, az ennél rövidebb ideje injektlálók 43,7%-a váltott másik szerre (khi-négyzet: 8,923;  $p=0,03$ ). Összességében tehát úgy tűnik a kliensek körében a szerváltásban nem játszott igazán szerepet az UPSZ-ek legális státusza, a kvantitatív vizsgálatban megkérdezettek már korábban is, átlagban 8,7 éven keresztül injektláltak kábítószer, a kvalitatív vizsgálatból pedig tudjuk, hogy döntően nem kerestek új forrást a szerváltás miatt – az új szerek egyszerűen olcsóbbak és könnyebben hozzáférhetőek voltak a tüssere programot látogató kliensek számára, mint a korábban használt szerek (heroin, amfetamin).

A tüssere\_adatelemzés eredményei a regisztráció során megadott elsődlegesen injektlált szer kapcsán azt mutatják, hogy a legális státusszal változásával párhuzamosan egyes szerek eltűnnek, és helyettük új szerek jelennek meg. A regisztrációkor megadott szer és a regisztráció éve között szignifikáns

---

<sup>1</sup> Lásd: 66/2012. (IV. 2.) Korm. rendelet

összefüggés van (khi négyzet=1146,964  $p=0,000$ ). 2010 után egyre nő az ilyen szerek aránya az új regisztráltak körében, 2013-ban és 2014-ben már az új kliensek háromnegyede elsődlegesen valamilyen UPSZ-t injektált.

Az adatelemzésből az is kiderül, hogy a tűcsere programot az UPSZ-ek megjelenése előtt már látogató szerhasználók is átváltottak az új szerekre. Ha megvizsgáljuk azokat a klienseket, akik 2010-ben vagy korábban regisztráltak a programba, de 2014-ben is aktív kliensek voltak ( $N=336$ ), akkor azt találjuk hogy 2014-re 72,6%-uk valamilyen UPSZ-t használt, 11,3% pedig már konkrét szert sem adott meg, hanem „bármit” vagy „mindent” használt. A regisztrációkor elsődlegesen amfetamint injektálók 14,5%-a maradt eredeti szerénél, míg ugyanez az arány az opiát használók esetében 7,2% volt – ez a két csoport összesen a 336 fő 11,8%-t teszi ki, azaz a 2014-ben is aktív, 2010-ben vagy korábban regisztrált kliensek közel kilenc tizede használt más szert 2014-ben, mint amit regisztráláskor elsődlegesen injektált szerként megadott.

#### *4.2. Kockázati magatartások a budapesti intravénás szerhasználók körében*

A tanácsadás\_adatelemzés adatai alapján Budapesten a legmagasabb a HCV fertőzöttek aránya, itt szignifikánsan magasabb volt a fertőzöttség mindhárom másik városnál (khi négyzet: 28,798;  $p=0,000$ ), ami a budapesti szerhasználó közösség nagy kitettségét jelzi, és egy intenzívebb kockázati környezet jelenlétére utal. A helyszín mellett HCV szempontjából kockázatnak tűnik az intravénás szerhasználat is: a pozitív HCV teszt eredménnyel rendelkezők között felülreprezentáltak azok, akik valaha életükben használtak már szert injektálva (khi négyzet: 16,804;  $p=0,000$ ). Az UPSZ használat önmagában kockázati tényezőt jelent a HCV fertőzöttség szempontjából, az ilyen szereket injektálók körében jóval magasabb volt a HCV pozitív tesztek aránya, mint a más (hagyományos) szereket használók körében (khi négyzet: 8,750;  $p=0,003$ ). Ha csak a budapesti adatokat nézzük, akkor az UPSZ injektálók körében még

magasabb fertőzöttséget találunk, 79,7%-t, ami sokkal magasabb, mint a hagyományos szereket injektálók körében (khi négyzet: 6,789;  $p=0,014$ ).

A megkérdezettek átlagosan 2,6 alkalommal használnak egy fecskendőt, harmaduk háromszor vagy annál is többször használ egy injektort. A válaszadók háromnegyede (74%) megosztott valamilyen felszerelést másokkal, a többségük (37,7%) csak egy emberrel tette ezt, ugyanakkor a válaszadók valamivel több, mint ötöde (22,1%) három, vagy annál több emberrel használt közösen injektáló felszerelést. A kérdőívben összesen 12féle eszközmegosztásra kérdeztünk rá, a válaszok alapján azok a kockázati magatartások fordultak elő leggyakrabban, amik a szerhasználat közösségi jellegére utalnak (azaz, amikor közösen oldják fel a megvásárolt szert, és azt közösen injektálják). A legjellemzőbb kockázati magatartás a közös víz használata volt. A budapesti válaszadók körében a döntő többség (77,1%) esetében valamilyen eszközmegosztás előfordult az elmúlt 30 nap során, a legtöbben 2 kockázati magatartás-típusról számoltak be, de átlagosan a felsorolt eszközmegosztások közül 4,5-t említettek. Ez alapján az injektáláshoz szükséges eszközök megosztása nagyon elterjedt, így valószínűleg ez megszokott, mindennapi gyakorlat az injektálás során.

#### *4.3. Kockázati magatartást befolyásoló strukturális tényezők változása*

A kockázati környezet elemeinek definiálásával (lásd: értekezés 1.5. alfejezet) a szerhasználathoz kapcsolódó ártalmakat befolyásoló strukturális tényezőket operacionalizáltam, a kockázati környezetben 2010-2015 között bekövetkezett változások bemutatásával pedig ezen strukturális tényezők rendszerének alakulását szeretném bemutatni. (A kockázati környezet operacionalizált elemei és a leírásuknál felhasznált adatok, irodalmak részletes összefoglaló listája a z értekezés mellékletben, a 11.6. alfejezetben található).

1. Táblázat: Fizikai környezet operacionalizált jellemzői és azok jellege 2010-2015 között

Kockázati környezet típusa és szintje	Operacionalizált jellemző	2010	2015
Fizikai körny. mikro szint	<ul style="list-style-type: none"> <li>A szerhasználat közvetlen fizikai környezete, belső-józsefvárosi mikroszegregátum</li> <li>A tűcsere program környékei illetve a programba járó kliensek által intravénás szerhasználat kapcsán bejáratott helyszínek (nyílt színi szerhasználat) jellemzői</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alacsony társadalmi státuszú lakosság térben elkülönülő mikroszegregátuma, leromló lakásállomány, slumosodó részek</li> <li>Nyílt drogszintér, a rossz higiénés körülményekkel jellemezhető injektláló helyszínek elhagyott telkeken</li> <li>Kis területen koncentrálódó intravénás szerhasználó közösség.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alacsony társadalmi státuszú lakosság térben elkülönülő mikroszegregátuma, leromló lakásállomány, slumosodó részek</li> <li>Nyílt drogszintér, a rossz higiénés körülményekkel jellemezhető injektláló helyszínek elhagyott telkeken</li> <li>Kis területen koncentrálódó intravénás szerhasználó közösség</li> </ul>
Fizikai körny. makro szint	<ul style="list-style-type: none"> <li>A kábítószerpiac alakulása 2010-2015 között</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>„Klasszikus” szerek, amfetamin és heroin injektlálása</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sorozatos szervátadások után döntően UPSZ injektlálás, „bármít” injektlálók megnövekedett aránya</li> </ul>

2. Táblázat: Gazdasági környezet operacionalizált jellemzői és azok jellege 2010-2015 között

Kockázati környezet típusa és szintje	Operacionalizált jellemző	2010	2015
Gazdasági körny. mikro szint	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intravénás szerhasználók munkaerőpiaci pozíciója (jövedelem, legmagasabb iskolai végzettség)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rossz munkaerőpiaci pozíció: döntő többségüknek nincs állandó munkája, és a többségnek középfokúnál alacsonyabb az iskolai végzettsége</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rossz munkaerőpiaci pozíció: döntő többségüknek nincs állandó munkája, és a többségnek középfokúnál alacsonyabb az iskolai végzettsége</li> </ul>

Gazdasági körny. makro szint	<ul style="list-style-type: none"> <li>Magyarországi népesség jövedelem eloszlásának változása</li> <li>Kábítószerhasználattal összefüggő illetve az ellátórendszerre fordított állami kiadások alakulása</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Csökkenő GDP, pénzügyi válság</li> <li>A költségvetésben Kábítószer-fogyasztás megelőzésével kapcsolatos feladatokra: 960millió Ft</li> <li>Célzottan kábítószerügyi pályázati támogatások: 495millió Ft</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A válság negatív hatása a hátrányos helyzetű csoportokat erősebben érintette, a társadalmi egyenlőtlenség nőtt</li> <li>A költségvetésben Kábítószer-fogyasztás megelőzésével kapcsolatos feladatokra: 355millió Ft</li> <li>Célzottan kábítószerügyi pályázati támogatások: 183millió Ft (2013-ban)</li> </ul>
------------------------------------	--	--	--

3. Táblázat: Szabályozási környezet operacionalizált jellemzői és azok jellege 2010-2015 között

Kockázati környezet típusa és szintje	Operacionalizált jellemző	2010	2015
Szabályozási körny. mikro szint	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kék Pont Alapítvány tűcsere programjában érvényes injektor kiadási szabályok változása</li> <li>BRFK és a budapesti tűcsere programok közötti együttműködés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bár év elején szigorúbb szabályok, az év közepére kliensenként 5 db injektor és korlátlan becserélés</li> <li>Van aláírt együttműködés a BRFK és a tűcsere programok között</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>2014-ben bezárt a program, de éveken át limitálva volt az egy kliensnek járó illetve becserélhető injektorok száma. Utolsó szabály: kliensenként 5 db injektor és maximum 2db cseréje</li> <li>2013-ban a BRFK felmondja az együttműködést</li> </ul>

Szabályozási körny. makro szint	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Btk. szerhasználatra vonatkozó rendelkezései</li> <li>▪ Tűcsere programokra ezek jogi státuszára vonatkozó irányelvek és jogszabályok</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kábítószer-fogyasztás nem szerepel önálló tényállásként, elterelés nincs korlátozva</li> <li>▪ A 2009-ben elfogadott drogstratégiát elfogadhatatlannak minősítik, új stratégiai dokumentum készül</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 2013-ban új Btk: több ponton is szigorodott a vonatkozó törvény, fogyasztás önálló tényállás, elterelés csak korlátozottan választható</li> <li>▪ A vizsgált időszak nagy részében nincs érvényes szakpolitikai dokumentum</li> <li>▪ Az Alapvető Jogok Biztosa két jelentése problémásnak ítéli a tűcsere programok megszűnését</li> </ul>
---------------------------------	---	---	--

4. Táblázat: Társadalmi környezet operacionalizált jellemzői és azok jellege 2010-2015 között

Kockázati környezet típusa és szintje	Operacionalizált jellemző	2010	2015
Társadalmi körny. mikro szint	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intravénás szerhasználó közösségben jellemző attitűdök – kockázati magatartások, szerváltás a közösségben</li> <li>▪ Tűcsere program lefedettségének változása – kerületi szint</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intenzív közösségi szerhasználat jellemző, szerváltás az injekáló közösségen belül történik, színteret nem hagyják el</li> <li>▪ Kockázatok speciális hierarchiája, egészségügyi kockázatok nem elsődlegesek</li> <li>▪ WHO indikátor: 102,26 tű/ív. szerhasználó</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intenzív közösségi szerhasználat jellemző</li> <li>▪ Eszközmegosztás magas aránya (77,1%), szerhasználat közösségi jellegére utaló kockázati magatartások a legjellemzőbbek</li> <li>▪ WHO indikátor: 0 tű/ív. szerh. (a program megszűnt)</li> </ul>

Társadalmi körny. makro szint	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Magyarországi attitűdök a szerhasználókkal kapcsolatban – szerhasználók marginalizáltsága</li> <li>▪ Tűcsere programok lefedettségének változása – országos szint</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A szerhasználók a legelutasítottabb társadalmi csoport Magyarországon</li> <li>▪ WHO indikátor: 88 tú/iv. szerhasználó</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A szerhasználók a legelutasítottabb társadalmi csoport Magyarországon</li> <li>▪ Az elutasítottság kiterjed a szerhasználókkal foglalkozó szervezetekre is; a két legnagyobb tűcsere programot megszüntetik</li> <li>▪ WHO indikátor: 28 tú/iv. szerhasználó</li> </ul>
-------------------------------	---	--	--

## 5. Következtetések

A célkitűzésekben megfogalmazott hipotézisek, miszerint az új szerek megjelenése szerváltáshoz vezetett, valamint, hogy az UPSZ-ek használata vált dominánssá az intravénás szerhasználó közösségben, az eredmények alapján igazolhatóak. 2014-ben a tűcsere programot használó, az UPSZ jelenség előtt már injektáló szerhasználók döntő többsége átváltott valamelyik új szerre, de az összes, 2014-ben a tűcsere programot használó kliens döntő többsége is valamilyen UPSZ-t használt, és nem csak a korábban is stimulánst injektálók, hanem a korábban depresszántst használók is áttértek ezekre a szerekre. A szerváltás fontos sajátossága, hogy az a korábbi szerhasználó közösségen belül történt meg, a közösségi szerhasználat, mint alkalom, és az új szerekhez való könnyű hozzáférés a megszokott környezetben facilitálta a szerváltást.

A HCV prevalencia és az új szerek injektálása közötti összefüggésre vonatkozó hipotézis igazolható, mind a teljes mintában, mind a budapesti UPSZ használók körében szignifikánsan magasabb volt a HCV fertőzöttek aránya. Ezen túl érdemes kiemelni, hogy az intravénás szerhasználat önmagában is erős

kockázati tényezőnek látszik a fertőzöttség szempontjából. Bár a disszertáció központjában a középső-józsefvárosi szerhasználói szintér áll, a tanácsadás\_adatelemzés említésre érdemes eredménye, hogy a helyszín önmagában is összefüggésben áll a HCV fertőzöttséggel. A résztvevő városok közül Budapesten szignifikánsan magasabb volt a fertőzöttség a többi városhoz képest, ami a budapesti intravénás szerhasználó résztvevők nagy kitettségét jelzi.

A hipotézis, miszerint a vizsgált időszakban az intravénás szerhasználat körülményeit befolyásoló strukturális tényezők olyan irányba változtak, ami növelte a kockázati magatartások előfordulásának esélyét, szintén igazolhatónak látszik. A 8. kerületi nyílt szerhasználói szintér 2010-2015 közötti jellegzetességeit a kockázati környezet szempontjából sorra véve több olyan változás is mutatkozik, amelyek eredményeképp az intravénás szerhasználat kockázatai növekedhettek a vizsgált időszakban.

A fizikai környezet mikro szintjén nem történt jelentős változás a vizsgált időszakban, azonban az 2010-ben sem volt kedvező, az alacsony társadalmi státuszú lakosság, leromló lakásállomány, nyílt szerhasználói szintér a fizikai környezet kockázati jellegét erősíti a teljes vizsgált időszakban. A fizikai makro környezetben végbement, kockázatokot növelő változások közé sorolhatjuk az új pszichoaktív szerek megjelenését és elterjedését. A tüsszere programban 2010 közepétől lezajló szervváltás különféle tényezők együttes jelenlétének eredményeként állhatott elő. Ebben az időszakban az UPSZ-ek a hagyományos szerekhez képest könnyebben hozzáférhető, és jobb minőségű, erősebb anyagok voltak, ugyanakkor a szervváltás dinamikájához a szintéren jellemző közösségi szerhasználat is nagyban hozzájárult.

Az UPSZ jelenségre reagálva változott a szabályozási környezet makro szintje is, hogy az UPSZ-ek gyorsabban kontroll alá kerülhessenek. A törvényi környezet változásának nem szándékolt következményeképp azonban felgyorsult a piacon elérhető szerek cserélődése amely szintén növelte a



szerhasználathoz kapcsolódó kockázatokat. A szerváltással párhuzamosan a gazdasági környezet makro szintjén olyan változások zajlanak, amelyek tovább erősítik a kockázati környezetet: a gazdasági recesszió kapcsán egyrészt növekedtek az egyenlőtlenségek az országban, másrészt csökkentek az ellátórendszer forrásai. A költségvetési források csökkenésével kapcsolatban a társadalmi környezet makro szintjének jellemzőit se lehet figyelmen kívül hagyni: a szerhasználók, mint társadalmi csoport erős marginalizáltsága, elítéltsége gyakorlatilag konstans jellemzője a magyar társadalomnak, amely közvetve hathat arra is, hogy a döntéshozók hogyan mérlegelnek a költségvetési források elosztásánál. A területre szánt költségvetési összegek csökkenése a tücsere programban olyan hiányt okozott, amely következtében a programban érvényes szabályokon is változtatni kellett (nyitvatartási napok száma, fejenként cserélhető fecskendők száma), így szolgáltatás lefedettsége csökkent. A bevezetett korlátozások következtében csökken az intravénás szerhasználó populációban elérhető steril eszközök száma, ugyanakkor a fizikai környezet makro szintjén végbement változás – szerváltás az injekciós szerhasználók körében – következtében növekszik a napi szúrások száma, amely így összességében egy erősödő kockázati környezetet jelent. A különféle környezetek kölcsönösen összekapcsolódó, egymásra ható rendszere egy olyan szituációt hoz létre, amelyben a vér útján terjedő betegségek prevalenciájának növekedése szinte elkerülhetetlen.

A fizikai, társadalmi, gazdasági és szabályozási környezet egyes elemeit sorra véve az látszik, hogy 2010-2015 között ezekben olyan változások történtek, amelyek úgy alakították az intravénás szerhasználat kontextusát, hogy a kapcsolódó kockázatok növekedtek. Ezen változások, illetve egyes eleve kedvezőtlen jellegű környezetek összejátszása, egymást erősítő hatása hozzájárulhattak ahhoz, hogy a vizsgált időszakban közel megduplázódott a HCV fertőzöttek aránya a populációban. Fontos látni, hogy ezen strukturális tényezők esetében nem várható, hogy a hatások lineáris, direkt módon hassanak

a vér útján terjedő betegségek prevalenciájára, a különféle tényezők eredőjeként sokszor nem kívánt, előre nem látott következmények is kialakulhatnak. A kockázati környezet elméleti keretét szisztematikusan alkalmazva a vizsgált időszakban, a strukturális tényezők hatása a szerhasználat kockázataira világosan látszik. A módszeresen vizsgált környezeti elemek gyakorlatilag minden eleme vagy már negatív környezeti jellemzőkkel bírt (fizikai környezet mikro szintje, a társadalmi környezet mikro és makro szintje) vagy a vizsgált időszakban változott negatívan (fizikai környezet makro szintje, gazdasági környezet makro szintje, szabályozási környezet makro szintje), és/vagy más környezet típusokban végbement változások következtében alakultak negatív irányba (fizikai környezet makro szintje, gazdasági környezet mikro szintje, szabályozási környezet mikro szintje).

A kialakult helyzet, az intravénás szerhasználók körében 2010-2015 között megduplázódó HCV prevalencia kezelése számtalan lépést tesz szükségessé, de a kockázati környezet koncepciója, a szerhasználat ártalmait befolyásoló strukturális tényezők feltérképezése rá tud világítani arra, hogy a szerhasználók egyéni kockázataira koncentráló, a szerhasználók edukálását, viselkedésük megváltoztatását célzó, beavatkozásoknál eredményesebbek lehetnek a kockázatok termelődésére ható társadalmi, környezeti tényezőket célzó komplex beavatkozások még akkor is, ha ezek a tényezők nehezen fordíthatóak le közegészségügyi jellemzőket közvetlenül befolyásoló okokra. Ez ugyanakkor felhívja a figyelmet arra is, hogy az adott egyén által megvalósított szerhasználati események következményeiért nem lehet egyedül az egyén felelőssé tenni. Ha hosszútávon hatásosan szeretnénk kezelni a szerhasználathoz kapcsolódó egészségügyi kockázatokat, akkor elengedhetetlen a szerhasználati problémákat befolyásoló strukturális, környezeti tényezők monitorozása, és olyan komplex válaszlépések kialakítása, amelyek a kockázati környezettel szemben a támogató környezet megteremtését segítik.

## 6. Saját publikációk jegyzéke

### 6.1. Disszertációhoz kapcsolódó publikációk:

**Csák R**, Demetrovics Z és Rácz J. (2013) Transition to injecting 3,4-methylene-dioxy-pyrovalerone (MDPV) among needle exchange program participants in Hungary. *J Psychopharmacol*, 27: 559-563.

**Csák R**, Gyarmathy VA, Varga M és Honti J. (2010a) Tűcsereprogramok. Addiktológiai ellátások fejlesztése - Szabályozás a célzott és indikált prevenció területén I. Budapest, SZMI.

**Csák R**, Gyékiss R, Márványkövi F, Vadász V és Rácz J. (2010b) Magyarországi intravénás mephedronhasználat a tűcsere szolgáltatók tapasztalatai alapján. *Addiktológia*, 9: 281-288.

Gyarmathy VA, **Csák R**, Balint K, Bene E, Varga AE, Varga M, Csiszér N, Vingender I és Rácz J. (2016) A needle in the haystack - the dire straits of needle exchange in Hungary. *BMC Public Health*, 16: 157.

Rácz J és **Csák R**. (2014) Új pszichoaktív anyagok megjelenése egy budapesti tűcsereprogram kliensei körében. *Orvosi Hetilap*, 155: 1383-1394.

Rácz J, **Csák R**, Karátson R és Vadász V. (2012) A drogváltás jelensége injekciós droghasználókkal készített interjúkban. *Psychiatria Hungarica*, 27: 29-47.

Rácz J, **Csák R** és Lisznyai S. (2015) Transition from „old” injected drugs to mephedrone in an urban micro segregate in Budapest, Hungary: a qualitative analysis. *Journal of Substance Use*, 20: 178-186.

Rácz J, **Csák R**, Tóth KT, Tóth E, Rozmán K és Gyarmathy VA. (2016a) Veni, vidi, vici: The appearance and dominance of new psychoactive substances among new participants at the largest needle exchange program in Hungary between 2006 and 2014. *Drug & Alcohol Dependence*, 158: 154-158.

RÁCZ J., Gyarmathy VA és **Csák R.** (2016b) New cases of HIV among people who inject drugs in Hungary: False alarm or early warning? International Journal of Drug Policy, 27: 13-16.

## 6.2. Disszertációhoz nem kapcsolódó publikációk:

**Csák R.**, Forstner M, Márványkövi F és RÁCZ J. (2008) Kvalitatív panelvizsgálat a budapesti elektronikus zenei partiélet szereplőiről, valamint a drogpolitika megvalósítói körében. In: Demetrovics Zs, RÁCZ J (szerk.), Partik, drogok, ártalomcsökkentés: Kvalitatív kutatások a partizscénában. Budapest, L'Harmattan Kiadó, 2008. 225-290.

**Csák R.** (2008) Családsegítők és a munkanélküliség problémája. Kapocs: A Nemzeti Család- És Szociálpolitikai Intézet folyóirata, 6: 40-48.